**愛別町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成申請書**

　　　年　　　月　　　日

　愛別町長　様

申請者住所

申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄

　下記のとおり肺炎球菌予防接種を受けましたので助成金を交付されたく、領収書を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請内容 | 被接種者住所 | | | □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | | | |
| 被接種者氏名 | | | □申請者と同じ | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | |
| 接種月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種費用額 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成金の振込先 | | | 金　融  機関名 | 銀行  　　　　　　　　　信用金庫  農協 | | | | | | | | | | | | 本店・支店  本所・支所 | |
| 口　座  番　号 | 普通・当座 | | | | | | | 口　座  名義人 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | |
|  | | | | |
| ※  決定欄 | 課　長 |  | | 課　長  補　佐 |  | 係　長 | | |  | | 係 | |  | | | 合　議 | |  |
| 決定年月日 | |  | | | | | １．上記申請内容を審査結果、次のとおり助成する。  ２．次の理由により上記申請を却下する。 | | | | | | | | | | |
| 助成決定 | | 接種費用額 | | | | 自己負担額 | | | | | | | | 助成決定額 | | | |
| 円 | | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| 却下理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）申請者は※欄は記入しないでください。